

Utilidad de la gestión de procesos desde el punto de vista clínico

Juan E. Losa

Unidad de Medicina Interna. Fundación Hospital Alcorcón

Correspondencia

Dr. Juan E. Losa

Unidad de Medicina Interna

Fundación Hospital de Alcorcón

Budapest, 1

28922 Alcorcón (Madrid)

Tel.: 916 219 513

Fax: 916 219 905

E-mail: jelosa@fhfalcon.es

El objetivo de la asistencia sanitaria es proveer a los pacientes de aquellos servicios que mejor preserven o restauren su estado de salud. El eje central de la asistencia sanitaria es la *práctica clínica* que puede definirse como la actividad del *médico junto al enfermo* para ayudarle a prevenir enfermedades, recuperar la salud o aliviarle, actividad que se traduce en una constante y sucesiva toma de decisiones clínicas, en bastantes ocasiones en condiciones de incertidumbre y no exentas de responsabilidad. Esta actividad *humana*, fruto de la vocación de "samaritanismo" del que es auténtico médico, se concreta en tres puntos, el diagnóstico, el pronóstico y el tratamiento. Establecer el diagnóstico significa identificar la enfermedad que padece cada paciente. El pronóstico es la previsión del futuro próximo y remoto del paciente en lo que se refiere a su esperanza de sobrevivir y de lograr la recuperación funcional. Finalmente el tratamiento consiste en la aplicación de los recursos terapéuticos para restablecer la salud o aliviar a los pacientes. La enfermedad es un *proceso* dinámico que se pone en marcha por unas causas -etiología- que, a través de mecanismos establecidos -patogenia-, provocan trastornos de la función -fisiopatología- y, eventualmente, lesiones -anatomía patológica-. El *proceso* morboso se expresa mediante manifestaciones subjetivas -síntomas- y objetivas -signos- y evoluciona en el tiempo de una forma peculiar -patocronía¹.

Una de las características más llamativas de la práctica clínica es la enorme *variabilidad* en las pautas de actuación, de tal forma que idénticos problemas clínicos son abordados de manera distinta por médicos diferentes; incluso existe variabilidad de un mismo médico ante pacientes diferentes aquejados de un mismo proceso. Las causas de que los médicos (y otros profesionales sanitarios) no realicen de forma homogénea las actuaciones preventivas, diagnósticas o terapéuticas no se conocen bien. La variabilidad de la práctica clínica preocupa a los proveedores de asistencia sanitaria por el temor a una falta de eficacia y eficiencia de las prestaciones sanitarias, lo que les lleva a considerar este problema sanitario como una oportunidad de mejorar la calidad asistencial y reducir el gasto sanitario².

Entre las principales estrategias para afrontar este problema se encuentra la estandarización de la práctica clínica a través del uso de *guías de práctica clínica* (GPC). Las guías de práctica clínica se pueden definir como el conjunto sistematizado de recomendaciones que: a. asisten al paciente, al médico y

al resto de personal sanitario implicado en su asistencia, en la toma de decisiones sobre las actuaciones más apropiadas en situaciones clínicas específicas; b. facilitan la atención a los pacientes con un determinado proceso mediante la descripción de la secuencia y duración ideal de todas las acciones de todo el personal implicado en la asistencia del mismo, y c. garantizan la máxima calidad de la atención mediante la utilización de los recursos sanitarios necesarios y suficientes³. Como su propia denominación indica, las GPC deben ser elaboradas por los propios clínicos que desarrollan su actividad junto a los enfermos, según los principios de la medicina basada en la evidencia, que consiste en la utilización consciente, explícita y juiciosa de la mejor evidencia científica clínica disponible para tomar decisiones sobre los cuidados de los pacientes individuales⁴. En los últimos años se han desarrollado multitud de guías de práctica clínica de todo tipo de enfermedades, pero cuando se ha analizado su impacto real sobre el trabajo diario de los médicos los resultados no han sido los esperables en lo que se refiere a su cumplimiento³. Parece pues, que escribir las guías es más fácil que conseguir que se sigan⁵, o dicho de otro modo la implementación es la asignatura pendiente de las GPC.

En definitiva, las guías de práctica clínica son necesarias para mejorar la calidad y eficiencia de la asistencia sanitaria a los pacientes con una enfermedad pero pueden no ser suficientes. Se necesita algo más y ese algo más es planificar, ejecutar, controlar y mejorar la atención a los pacientes con un determinado proceso, es decir, gestionar el proceso. La *gestión de procesos* es una metodología muy empleada en el mundo empresarial, no en vano una empresa es un sistema organizado y jerarquizado de procesos y un proceso es una secuencia ordenada y repetitiva de actividades que un elemento o conjunto de elementos del sistema desarrollan para generar valor añadido sobre una entrada y conseguir así un producto que constituye la salida⁶. Esta misma terminología se podría aplicar en el sector sanitario aunque en este caso se actúa sobre el propio paciente (cliente) al que se considera como "sustrato" (entrada) a transformar en producto con valor añadido al término del proceso asistencial (salida). El producto obtenido por el proceso asistencial sanitario es el mismo cliente, al que se ha aportado el valor añadido de su cuidado o de la mejora del estado de salud². La gestión sistematizada de los procesos asistenciales

también debe recorrer las 4 fases del ciclo de Shewart que ya han sido mencionadas: planificación (P), ejecución (D), control (C) y ajuste (A)⁷. La *planificación* de un proceso consiste en definir su objeto, definir su funcionamiento y definir sus indicadores. En la definición del objeto del proceso debemos contestar a la pregunta ¿qué se tiene que conseguir al realizar el proceso?. Debe describirse de forma clara su misión (en qué consiste, para qué existe y para quién se realiza). Si por ejemplo nuestro proceso asistencial fuera la neumonía adquirida en la comunidad, el objeto del proceso sería la atención al paciente con neumonía para restaurar su salud. Definir el funcionamiento de un proceso consiste en: a. establecer los límites iniciales y finales del proceso, es decir, qué actividades lo ponen en marcha y cuáles lo dan por concluido; en nuestro proceso asistencial neumonía el límite inicial sería el diagnóstico de neumonía y el límite final la resolución del cuadro con el consiguiente alta médica; b. estructurar las entradas y las salidas del proceso; c. organizar todas las actividades del proceso; d. identificar los clientes y los proveedores; e. definir los recursos necesarios; f. establecer el propietario del proceso que es la persona o equipo responsable del cumplimiento del objeto del proceso. En la definición del funcionamiento es imprescindible y muy útil representar el diagrama de flujo, en el que se visualizan todos los elementos que acabamos de mencionar. En mi opinión, además resulta fundamental la identificación de los *puntos críticos* de la guía de práctica clínica del proceso. Los puntos críticos generalmente comportan la toma de decisiones clínicas de extraordinaria relevancia para la evolución de los pacientes⁸. En el ejemplo del proceso asistencial neumonía adquirida en la comunidad las decisiones clínicas de mayor trascendencia, y que constituyen los puntos críticos de sus guías de práctica clínica, son: 1. ingreso hospitalario 2. el paso del antibiótico intravenoso a vía oral y, 3. el alta hospitalaria. Finalmente los indicadores van a ser la medida que nos señala el nivel de funcionamiento del proceso. En la planificación de la gestión de un proceso asistencial se debe definir un conjunto -lo menor posible- de indicadores de eficacia y de eficiencia. Los indicadores de eficacia nos van a medir el grado de cumplimiento de los objetivos y los de eficiencia el consumo de recursos empleados para alcanzar los niveles de eficacia obtenidos. Así por ejemplo en la neumonía podríamos definir como indicadores de eficacia la calidad de vida relacionada con la salud percibida por los pacientes, la mortalidad, los reingresos y las complicaciones y como indicadores de eficiencia la proporción de ingresos hospitalarios, la estancia media y los días de antibioterapia intravenosa. Una vez planificado se debe ejecutar el proceso para lo cual hay que establecer en primer lugar un plan de implantación que asegure la ejecución de las actividades del proceso. En el plan de implantación debe especificarse cada una de las tareas, el responsable y el plazo de tiempo en el que se realizarán. Tras comenzar la ejecución de las actividades éstas se deben supervisar, lo que constituye la estabilización del proceso o seguimiento de la implantación que nos va a permitir con posterioridad establecer las acciones correctivas oportunas. La estabilización del proceso generalmente se lleva a cabo mediante una auditoría en la que se evalúa la realización de las diferentes actividades. Tras la planificación y la ejecución del proceso hay que controlarlo para lo cual debemos recoger los resultados de los indicadores y contrastarlos con los objeti-

vos fijados, para después analizar las desviaciones que nos permitan identificar y priorizar las oportunidades de mejora y finalmente definir las mejoras a realizar, pues "todos somos capaces de buscar soluciones cuando conocemos exactamente cuáles son las causas del problema"⁶. La metodología de la gestión de procesos es un instrumento de gestión de la *calidad total* que puede definirse como un modelo de gestión de toda la organización, a través de la cual se satisfacen las necesidades y expectativas de los clientes (pacientes en nuestro caso), de los accionistas (proveedores de asistencia sanitaria), de los empleados (trabajadores sanitarios)⁹ y de la sociedad en general.

La metodología de la gestión de procesos asistenciales sólo será *útil si* su verdadero protagonista es el clínico, porque, volviendo al inicio de nuestras palabras, él/ella es quien toma las decisiones, quien tiene el conocimiento y quien sabe qué le ocurre a cada paciente. El clínico que haya liderado el desarrollo multidisciplinar de la guía de práctica clínica de un proceso asistencial y su adaptación a la estructura de cada centro sanitario debe ser el propietario del proceso. La participación en la gestión de los recursos sanitarios constituye una conocida reivindicación de los clínicos en los últimos años. La gestión de los procesos asistenciales es una oportunidad única que no debemos dejar escapar no sólo para participar en la gestión sino para liderarla. Además es todo un reto para el clínico ya que conlleva la asunción de la responsabilidad de los resultados que se obtengan. Desde el punto de vista de un clínico, la metodología de la gestión de procesos asistenciales es *útil para* aprender y enseñar medicina, para realizar investigación clínica y, sobre todo, para mejorar nuestra práctica clínica diaria en términos de eficacia y eficiencia. En unos tiempos en los que, dada la limitación de los recursos, a veces se tiene la sensación de que el principal objetivo de los proveedores de asistencia sanitaria es el ahorro, la metodología de la gestión por procesos no debe deteriorar la relación médico-paciente y debe ser útil para evitar conflictos éticos entre ser leal al sistema (proveedor sanitario) o convertirse en cómplice moral del paciente cuyas expectativas respecto a la medicina en algunos casos desbordan sus posibilidades reales, evitando así la paradoja de que una efectividad cada vez mayor vaya acompañada de una insatisfacción creciente¹⁰.

Bibliografía

1. De Castro del Pozo S. *Manual de Patología General*. 5ª ed. Barcelona: Masson, 1993.
2. Lorenzo S, Mira JJ, Sánchez E. Gestión de calidad total y medicina basada en la evidencia. *Med Clin (Barc)* 2000;114:460-3.
3. Cabana MD, Rand CS, Powe NR, Wu AW, Wilson MH, Abboud PAC, et al. Why don't physicians follow clinical practice guidelines?. A framework for improvement. *JAMA* 1999;282:1458-65.
4. Sackett DL, Rosenberg WM, Gary JA, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ* 1996;312:71-2.
5. Haines A, Feder G. Guidance on guidelines: writing them is easier than making them work. *BMJ* 1992;305:785-6.
6. Gesco Consultores. *Gestión y mejora continua de procesos*. Noviembre 2000.

7. Shiba S, Graham A, Walden D. *TQM desarrollo avanzados*. Madrid: Ed. TGP Hoshin, 1995.
8. Pearson SD, Goulart-Fisher D, Lee TH. Critical pathways as a strategy for improving care: problems and potential. *Ann Intern Med* 1995;123:941-8.
9. European Foundation for Quality Management. *Autoevaluación: Directrices para el Sector Público*. Madrid: Club de Gestión de Calidad, 1997.
10. Barsky A. The paradox of health. *N Engl J Med* 1988;318:414-8.